



販売業者用調査票・第 I



政府統計

平成27年度調査（第12回）

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 都道府県番号   | 調査対象材料  | 特定保険医療材料・再生医療等製品  |
| 客 体 番 号  | 調査対象期間  | 平成27年5月から平成27年9月までの5ヶ月間<br>ただし、調査対象材料のうち、ダイアライザー、フィルム、歯科材料及び調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料・再生医療等製品については平成27年9月の1ヶ月間 |
| 調査対象 I D | 調 査 票 の 提 出 状 況   |   |
| 確認コード    | 1 調査票第 I と CD-R 又はその他磁気媒体を提出  |   |
|          | 2 調査票第 I を提出、政府統計共同利用システムで回答  |   |
|          | 取引等の状況（以下のチェックボックスに“レ”を入れて下さい。<br>また、取引状況の1.に該当する場合のみ、CD-Rに登録されている調査票第IIを記入するか、政府統計共同利用システムで回答してください。 |   |
|          | <input type="checkbox"/>  | 1. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の販売をした   |
|          | <input type="checkbox"/>  | 2. 調査対象期間に関わらず特定保険医療材料・再生医療等製品の販売をした実績がない   |
|          | <input type="checkbox"/>  | 3. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の販売をした実績がない  |

管理者各位

この調査は、病院、診療所、歯科技工所又は保険薬局へ直接販売した特定保険医療材料・再生医療等製品の価格を調査するために行うものであり、材料価格基準の価格決定の基礎資料となるものでありますから、必ず正確に記入して下さい。

なお、統計資料として用いる以外、例えば、税金の算定等に利用することはありません。

御多忙中恐れ入りますが、御協力下さるようお願い申し上げます。

厚生労働省医政局

調査票提出先

|      |     |     |         |     |
|------|-----|-----|---------|-----|
| 都道府県 | 局 部 | 課 室 | 調査担当吏員  |     |
|      |     |     | 電 話 番 号 | ( ) |

..... (切り取らずに提出して下さい) .....

秘 特定保険医療材料・再生医療等製品価格調査

販売業者用調査票（控）  
平成27年度調査（第12回）

|         |  |
|---------|--|
| 客 体 番 号 | 調 査 票 の 提 出 状 況  |
|         | 1 調査票第 I と CD-R 又はその他磁気媒体を提出                                       |
|         | 2 調査票第 I を提出、政府統計共同利用システムで回答                                       |
|         | 取引等の状況（以下のチェックボックスに“レ”を入れて下さい。                                     |
|         | <input type="checkbox"/> 1. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の販売をした         |
|         | <input type="checkbox"/> 2. 調査対象期間に関わらず特定保険医療材料・再生医療等製品の販売をした実績がない |
|         | <input type="checkbox"/> 3. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の販売をした実績がない    |

秘

特定保険医療材料・再生医療等製品価格調査  
販売業者用調査票・第Ⅱ

厚生労働省医政局

|        |      |
|--------|------|
| 都道府県番号 | 客体番号 |
|        |      |



政府統計

| コード番号 | 販売単価(円) | 保険償還単位に<br>換算した入り数 | 販売数量 | 備考 |
|-------|---------|--------------------|------|----|
|       |         |                    |      |    |

注) 歯科材料コードの番号は6桁であり、左に詰めて記入すること。



秘

医療機関等用調査票・第Ⅰ

平成27年度調査（第12回）

|         |
|---------|
| 都道府県番号  |
| 客 体 番 号 |
| 調査対象ID  |
| 確認コード   |

|                 |   |
|-----------------|---|
| 調査対象材料          | 特定保険医療材料・再生医療等製品  |
| 調査対象期間          | 平成27年5月から平成27年9月までの5ヶ月間<br>ただし、調査対象材料のうち、ダイアライザー、フィルム、歯科材料及び調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料・再生医療等製品については平成27年9月の1ヶ月間 |
| 調 査 票 の 提 出 状 況 |   |
| 1               | 調査票第ⅠとCD-R又はその他磁気媒体を提出  |
| 2               | 調査票第Ⅰを提出、政府統計共同利用システムで回答  |
| 3               | 調査票第Ⅰと第Ⅱを提出（第Ⅱの枚数_____枚）  |

|  |   |
|--|---|
| 取引等の状況（以下のチェックボックスに“レ”を入れて下さい。<br>また、取引状況の1.に該当する場合のみ、調査票第Ⅱを記入するか、政府統計共同利用システムで回答してください。 |   |
| <input type="checkbox"/>   | 1. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした         |
| <input type="checkbox"/>   | 2. 調査対象期間に関わらず特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした実績がない |
| <input type="checkbox"/>   | 3. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした実績がない    |

管理者各位

この調査は、医療機器販売業者から購入した特定保険医療材料・再生医療等製品の価格を調査するために行うものであり、材料価格基準の価格決定の基礎資料となるものでありますから、必ず正確に記入して下さい。

なお、統計資料として用いる以外、例えば、税金の算定等に利用することはありません。

御多忙中恐れ入りますが、御協力下さるようお願い申し上げます。

厚生労働省医政局

調査票提出先

|      |     |     |         |     |
|------|-----|-----|---------|-----|
| 都道府県 | 局 部 | 課 室 | 調査担当職員  |     |
|      |     |     | 電 話 番 号 | ( ) |

.....（切り取らずに提出して下さい）.....

秘 特定保険医療材料・再生医療等製品価格調査

医療機関等用調査票（控）  
平成27年度調査（第12回）

|         |
|---------|
| 客 体 番 号 |
|---------|

|                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| 調 査 票 の 提 出 状 況 |                          |
| 1               | 調査票第ⅠとCD-R又はその他磁気媒体を提出   |
| 2               | 調査票第Ⅰを提出、政府統計共同利用システムで回答 |
| 3               | 調査票第Ⅰと第Ⅱを提出（第Ⅱの枚数_____枚） |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 取引等の状況（以下のチェックボックスに“レ”を入れて下さい。 |   |
| <input type="checkbox"/>       | 1. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした         |
| <input type="checkbox"/>       | 2. 調査対象期間に関わらず特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした実績がない |
| <input type="checkbox"/>       | 3. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした実績がない    |

秘

特定保険医療材料・再生医療等製品価格調査



医療機関等用調査票・第II

紙媒体用

|        |      |
|--------|------|
| 都道府県番号 | 客体番号 |
|        |      |

厚生労働省医政局

|      |
|------|
| ページ数 |
|      |

|    | コード番号 | 購入単価(円) | 保険償還単位に<br>換算した入り数 | 購入数量 | 備考 |
|----|-------|---------|--------------------|------|----|
| 1  |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 5  |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 10 |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 15 |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 20 |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 25 |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 30 |       |         |                    |      |    |

注) 歯科材料のコード番号は6桁であり、左に詰めて記入すること。

秘

特定保険医療材料・再生医療等製品価格調査  
医療機関等用調査票・第Ⅱ

厚生労働省医政局

|        |      |
|--------|------|
| 都道府県番号 | 客体番号 |
|        |      |



政府統計

電子媒体用

| コード番号 | 販売単価(円) | 保険償還単位に<br>換算した入り数 | 販売数量 | 備考 |
|-------|---------|--------------------|------|----|
|       |         |                    |      |    |

注) 歯科材料コードの番号は6桁であり、左に詰めて記入すること。



保険薬局用調査票・第 I

平成 27 年度調査 (第 1 2 回)

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 都道府県番号   | 調査対象材料  | 特定保険医療材料・再生医療等製品                                   |
|          | 調査対象期間  | 調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料・再生医療等製品について平成 27 年 9 月の 1 ヶ月間 |
| 客 体 番 号  | 調 査 票 の 提 出 状 況   |  |
|          | 1   | 調査票第 I と CD-R 又はその他磁気媒体を提出                         |
|          | 2   | 調査票第 I を提出、政府統計共同利用システムで回答                         |
| 調査対象 I D | 3   | 調査票第 I と第 II を提出 (第 II の枚数 _____ 枚)                |
| 確認コード    | 取引等の状況(以下のチェックボックスに“レ”を入れて下さい。<br>また、取引状況の 1. に該当する場合のみ、調査票第 II を記入するか、政府統計共同利用システムで回答してください。 |  |
|          | <input type="checkbox"/>  | 1. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした                  |
|          | <input type="checkbox"/>  | 2. 調査対象期間に関わらず特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした実績がない          |
|          | <input type="checkbox"/>  | 3. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした実績がない             |

管理者各位

この調査は、医療機器販売業者から購入した特定保険医療材料・再生医療等製品の価格を調査するために行うものであり、材料価格基準の価格決定の基礎資料となるものでありますから、必ず正確に記入して下さい。

なお、統計資料として用いる以外、例えば、税金の算定等に利用することはありません。

御多忙中恐れ入りますが、御協力下さるようお願い申し上げます。

厚生労働省医政局

調査票提出先

|      |     |        |     |
|------|-----|--------|-----|
| 都道府県 | 部 課 | 調査担当職員 |     |
|      |     | 電話番号   | ( ) |

..... (切り取らずに提出して下さい) .....

秘 特定保険医療材料・再生医療等製品価格調査

保険薬局用調査票 (控)

平成 27 年度調査 (第 1 2 回)

|                                  |   |                                     |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| 客 体 番 号                          | 調 査 票 の 提 出 状 況                           |                                     |
|                                  | 1   | 調査票第 I と CD-R 又はその他磁気媒体を提出          |
|                                  | 2   | 調査票第 I を提出、政府統計共同利用システムで回答          |
|                                  | 3   | 調査票第 I と第 II を提出 (第 II の枚数 _____ 枚) |
| 取引等の状況 (以下のチェックボックスに“レ”を入れて下さい。) |   |                                     |
| <input type="checkbox"/>         | 1. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした         |                                     |
| <input type="checkbox"/>         | 2. 調査対象期間に関わらず特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした実績がない |                                     |
| <input type="checkbox"/>         | 3. 調査対象期間内に特定保険医療材料・再生医療等製品の購入をした実績がない    |                                     |

秘

特定保険医療材料・再生医療等製品価格調査



保険薬局用調査票・第Ⅱ

紙媒体用

|        |      |
|--------|------|
| 都道府県番号 | 客体番号 |
|        |      |

厚生労働省医政局

|      |
|------|
| ページ数 |
|      |

|    | コード番号 | 購入単価(円) | 保険償還単位に<br>換算した入り数 | 購入数量 | 備考 |
|----|-------|---------|--------------------|------|----|
| 1  |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 5  |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 10 |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 15 |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 20 |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 25 |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
| 30 |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |
|    |       |         |                    |      |    |

注) 歯科材料のコード番号は6桁であり、左に詰めて記入すること。

秘

特定保険医療材料・再生医療等製品価格調査  
保険薬局用調査票・第Ⅱ

厚生労働省医政局

|        |      |
|--------|------|
| 都道府県番号 | 客体番号 |
|        |      |



政府統計

電子媒体用

| コード番号 | 販売単価(円) | 保険償還単位に<br>換算した入り数 | 販売数量 | 備考 |
|-------|---------|--------------------|------|----|
|       |         |                    |      |    |

注) 歯科材料コードの番号は6桁であり、左に詰めて記入すること。